

UNIVERSIDAD DE HUANUCO

ESCUELA DE POSGRADO

PROGRAMA ACADÉMICO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ALTO RIESGO OBSTÉTRICO



TESIS

“FACTORES CLÍNICOS RELACIONADOS A LA RETENCIÓN PLACENTARIA EN PARTURIENTAS ADOLESCENTES HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI AMARILIS – HUÁNUCO, AÑO 2017”

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD EN ALTO RIESGO OBSTÉTRICO

AUTORA: Naupay Picón, Ana Katty

ASESORA: Marcelo Armas, Maricela Luz

HUÁNUCO – PERÚ

2021

U

D

H



UDH
UNIVERSIDAD DE HUANUCO
<http://www.udh.edu.pe>

TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

- Tesis (X)
- Trabajo de Suficiencia Profesional ()
- Trabajo de Investigación ()
- Trabajo Académico ()

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: Salud pública
AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN (2018-2019)

CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:

Área: Ciencias médicas, Ciencias de la salud

Sub área: Medicina clínica

Disciplina: Obstetricia, Ginecología

DATOS DEL PROGRAMA:

Nombre del Grado/Título a recibir: segunda especialidad en alto riesgo obstétrico

Código del Programa: P39

Tipo de Financiamiento:

- Propio (X)
- UDH ()
- Fondos Concursables ()

DATOS DEL AUTOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 41266117

DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 04049506

Grado/Título: Doctora en ciencias de la salud

Código ORCID: 0000-0001-8585-1426

DATOS DE LOS JURADOS:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Palacios Zevallos, Juana Irma	Doctora en ciencias de la salud	22418566	0000-0003-4163-8740
2	Quiroz Tucto, Mariella Mariyu	Maestra en ciencias de la salud con mención en salud pública y docencia universitaria	41168800	0000-0002-4216-1553
3	Sinche Alejandro, Marisol	Magister en gestión pública	22489669	0000-0001-5710-8424



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco siendo las 10:00 horas del día 28 del mes de junio del año 2021, en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Títulos de la Segunda Especialidad, de Ciencias de la Salud de la Universidad de Huánuco, se reunió el jurado calificador integrado por los siguientes docentes: Dra. Juana Irma Palacios Zevallos, **Presidenta**, Mg. Mariella Quiroz Tucto, **Secretaria**, Mg. Marisol Sinche Alejandro, **Vocal**. Se reunieron el sustentante y el Jurado Calificador mediante la plataforma virtual Google meet integrado por los docentes:

Nombrados mediante RESOLUCIONES Nº 597-2021-D-FCS-UDH de fecha 10 de junio del 2021, para evaluar la Tesis intitulada: **“FACTORES CLÍNICOS RELACIONADOS A LA RETENCIÓN PLACENTARIA EN PARTURIENTAS ADOLESCENTES HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI AMARILIS – HUÁNUCO, AÑO 2017”**, presentado por doña: **Ana Katty NAUPAY PICON**, para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional mención en Alto Riesgo Obstétrico.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: Exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del jurado.

Habiendo absuelto las interrogantes formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) **Aprobada Por Unanimidad** con el calificativo cuantitativo de **...15...** y cualitativo de **...Bueno..**

Siendo las 11:00 am horas del día 28 de junio del año 2021, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

PRESIDENTA

Dra. Juana Irma Palacios Zevallos

SECRETARIA

Mg. Mariella Quiroz Tucto

VOCAL

Mg. Marisol Sinche Alejandro

DEDICATORIA

A:

Dios, por la vida, la naturaleza, y su infinita bondad.

Mi familia, por ser un apoyo constante en todo lo emprendido en mi vida.

La Investigadora.

AGRADECIMIENTO

A:

La Universidad de Huánuco, por brindarnos superación académica a través de estudios de Segunda Especialidad en Obstetricia.

Los Docentes con grandes sabidurías, compartidas con sus alumnos.

Mi Asesora, por ser gran aliciente en la presente Tesis.

Mis compañeros, por aventurarse a nuestra superación académica.

La Investigadora

ÍNDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
ÍNDICE	III
ÍNDICE DE TABLAS	VI
ÍNDICE DE FIGURAS	VII
RESUMEN	VIII
SUMMARY	IX
INTRODUCCIÓN	X
CAPITULO I	11
1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	11
1.1. Descripción del problema	11
1.2. Formulación del problema	13
1.2.1. Problemas Específicos:	13
1.3. Objetivo General	14
1.4. Objetivos Específicos	14
1.5. Trascendencia de la Investigación	15
CAPITULO II	16
2. MARCO TEÓRICO	16
2.1. Antecedentes de la Investigación	16
2.1.1. Internacionales	16
2.1.2. Nacionales	18
2.1.3. Locales o Regionales	21
2.2. Bases Teóricas	24
2.2.1. Factores Clínicos	24
2.2.2. Retención Placentaria	30
2.3. Definiciones Conceptuales	32
2.3.1. Adolescente	32
2.3.2. Factores Clínicos	33
2.3.3. Factores Maternos	33
2.3.4. Factores Ovulares	33
2.3.5. Retención Placentaria	33
2.4. Sistema de Hipótesis	33
2.4.1. Hipótesis de Investigación	33

2.4.2. Hipótesis Nula	33
2.4.3. Hipótesis Específica 1	33
2.4.4. Hipótesis Específica 2	34
2.5. Operacionalización de Variables	34
2.5.1. Variable 1:.....	34
2.5.2. Variable 2:.....	34
2.6. Operacionalización de Variables:	34
CAPITULO III.....	35
3. MARCO METODOLÓGICO.....	35
3.1. Tipo de Investigación	35
3.1.1. Enfoque:	35
3.1.2. Nivel:.....	35
3.1.3. Tipo.....	35
3.1.4. Diseño:.....	35
3.2. Población y Muestra	36
3.2.1. Población	36
3.2.2. Muestra.....	36
3.2.3. Criterios de Inclusión.....	37
3.3. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	37
3.3.1. Recolección de Datos	37
3.3.2. Interpretación de Datos y Resultados	38
3.4. Técnicas para el Procesamiento y Análisis de la Información	38
3.4.1. Interpretación de datos y resultados:	38
3.5. Análisis y datos, prueba de hipótesis	39
CAPITULO IV	40
4. RESULTADOS	40
4.1. Procesamientos de datos	40
DISCUSIÓN.....	48
CONCLUSIONES	49
RECOMENDACIONES.....	50
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51
ANEXOS	55

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1 Datos demográficos: edad	40
Tabla N° 2 Datos demográficos: nivel educativo	41
Tabla N° 3 Datos demográficos: procedencia	42
Tabla N° 4 Datos demográficos: estado civil	43
Tabla N° 5 Factores clínicos maternos	44
Tabla N° 6 Factores clínicos ovulares	45
Tabla N° 7 Retención placentaria	46
Tabla N° 8 Estadígrafos:	47

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N° 1 Datos demográficos: edad	40
Figura N° 2 Datos demográficos: nivel educativo.....	41
Figura N° 3 Datos demográficos: procedencia	42
Figura N° 4 Datos demográficos: estado civil	43
Figura N° 5 Factores clínicos maternos	44
Figura N° 6 Factores clínicos ovulares.....	45
Figura N° 7 Retención placentaria	46

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue determinar la relación entre los factores clínicos y la retención placentaria en parturientas adolescentes, caracterizando: datos de la gestante, factores clínicos maternos, y ovulares; el marco metodológico estuvo constituido por un enfoque cuantitativo, nivel correlacional, tipo transversal, retrospectivo, diseño observacional descriptivo que incluyó dos variables, la población fue 42 adolescentes con un muestreo probabilístico aleatorio simple. Resultados: 1. Datos de la gestante: Edad adolescente tardía [35 (83%)], nivel educativo secundaria [29 (69%)], procedencia rural [22 (52%)], unión estable [25 (60%)]. 2. Factores clínicos maternos: Edad de riesgo [20 (48%)], multigesta [7 (17%)], y obesidad [6 (14%)]. 3. Factores clínicos ovulares: Ruptura prematura de membranas [3(8%)], corioamnionitis [1(2%)], y placenta acreta [1(2%)]. 4. Retención Placentaria: Restos en la cavidad uterina [35 (83%)], restos más sangrado [7 (17%)]. Prueba estadística Chi cuadrado de Asociación = $X^2_c = 25,9 > X^2_T = 3,84$; GL = 1. Conclusión: Los factores clínicos se relacionan con la retención de placenta.

Palabras Clave: Factores Clínicos, Retención Placentaria

SUMMARY

The objective of the present investigation was to determine the relationship between clinical factors and placental retention in adolescent pregnant women, characterizing: data on the pregnant woman, maternal clinical factors, and ovular factors; the methodological framework consisted of a quantitative approach, correlational level, cross-sectional type, retrospective, descriptive observational design that included two variables, the population was 42 adolescents with a simple random probability sampling. Results: 1. Data from the pregnant woman: late adolescent age [35 (83%)], secondary education level [29 (69%)], rural origin [22 (52%)], stable union [25 (60%)]. 2. Maternal clinical factors: Age at risk [20 (48%)], multi-pregnancy [7 (17%)], and obesity [6 (14%)]. 3. Ovular clinical factors: Premature rupture of membranes [3 (8%)], chorioamnionitis [1 (2%)], and placenta accreta [1 (2%)]. 4. Placental Retention: Remains in the uterine cavity [35 (83%)], remains plus bleeding [7 (17%)]. Chi-square statistical test of Association = $X^2_c = 25.9 > X^2_T = 3.84$; GL = 1. Conclusion: Clinical factors are related to placental retention.

Key Words: Clinical Factors, Placental Retention

INTRODUCCIÓN

La retención placentaria es una de las patologías obstétricas más riesgosa que existe, porque pone en peligro la vida de la madre; esta patología es acompañada de sangrado, muchas veces este sangrado es masivo, lo cual podría llevar a un shock hipovolémico a la parturienta y, luego a la morbilidad, seguido de la mortalidad. El diagnóstico temprano y el conocer las causas que lo ocasionan, como los factores clínicos predisponentes, ponen al profesional de salud en Obstetricia en actitud de acción frente a estos eventos, pudiendo dar un tratamiento y manejo adecuado; ante lo planteado investigamos sobre ¿cuáles son los factores clínicos relacionados a la retención placentaria en parturientas adolescentes?, con el objetivo de determinar la relación entre ambas variables, para ello siendo necesario caracterizar los datos de la gestante, identificar los factores clínicos: maternos, y ovulares; y clasificar los casos de retención placentaria. La metodología corresponde a un enfoque cuantitativo; resultando que existen: Edad de riesgo, ser multigesta que presenta obesidad; ruptura prematura de membranas, corioamnionitis, presencia de placenta acreta; retención de restos, y retención de restos más sangrado vaginal; estos factores están relacionados con la retención placentaria, demostrados mediante la prueba estadística.

La investigación consta de cuatro capítulos: I. Planteamiento de la Investigación. II. Marco Teórico. III. Metodología de la Investigación. Resultados. Discusión, Conclusiones, Recomendaciones, Referencias Bibliográfica. Apéndice y Anexos.

CAPITULO I

1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del problema

El alumbramiento se realiza después del parto y fisiológicamente, está debe desprenderse por completo, cuando por diversas razones se enclaustra restos o la placenta completa en el útero, pasando la media hora es considerada retención placentaria, en algunas puérperas puede acompañarse de contracciones y en otras no, la retención de la placenta suele tener mayores porcentajes en caso de los partos antes de tiempo denominados pre término, la patología se complica cuando el cuello del útero que inicialmente se dilató en este momento empieza a cerrarse progresivamente, llegando a enclaustrarla y por el mismo motivo sangrará de manera indebida, se corre el riesgo de que queden algunas membranas como parte del corión o el amnios o los propios cotiledones, estos harán que el útero no se contraiga pudiendo ocasionar atonía uterina, infección, involución uterina, hemorragia puerperal.¹

Los motivos por la que sucede este evento están dadas por muchos factores clínicos, entre ellas la constitución anatómica de la mujer hasta la constitución genética de la placenta, entre los factores que son agravantes están la edad, el tiempo del embarazo hasta el parto, la enfermedad hipertensiva del embarazo, los múltiples partos en la misma persona, el número de partos abdominales, los lio miomas del útero, y el acretismo placentario y sus variantes.²

En los países que integran la Unión Europea las cifras son bastante bajas, estima 0,5 % - 1%.² En América del Sur la presencia de las anomalías placentarias fluctúan 1 en 540 casos y 1 en 93 000 partos; constituyendo un grave riesgo en la salud de la mujer durante el parto, los investigadores coinciden cuando refieren que está fuertemente asociado a la presencia de cicatrices en la parte corporal del útero; en los

legrado en caso de aborto incompleto y en la cesáreas previas, así mismo estas se incrementaron en forma alarmante en estos últimos años.³

En la investigación realizada por Muñin, Álvarez, y Felipe en Cuba, nos dan a conocer casos en la clínica donde existen patologías como la placenta percreta, diagnosticada dentro de otra patología, la cual no se evidenció con anterioridad.

Iglesias y Urbina en Nicaragua mencionan haber investigado que la anemia, el parto precipitado y prolongado son factores que se relacionan con la hemorragia posparto.

Dubón Peniche en México investiga un puerperio tardío con esta patología, caso extremadamente inusual que llevan a la hemorragia pos parto.

Dueñas, Rico y Rodríguez en Chile nos reportan un caso de acretismo placentario la cual llevó hemorragia posparto en las adolescentes, las cuales incrementa la morbilidad materna perinatal.

Muñoz en Ecuador, refiere que las adolescentes entre 16 y 17 años presentan 41% de hemorragias posparto causado por la presencia de restos de placenta.

El Perú, se encuentra de 3,5 veces más de lo normal; en el año 2017 llegó al 2,1 a 5,8 en la Regiones del Centro y Sur del País.⁴

Scarleth Stany, Zavaleta Valderrama en una investigación realizada en la Ciudad de Trujillo, reporta que la variedad de tener más de tres partos trae la posibilidad de sufrir un daño en la salud de la mujer embarazada y consecuentemente puede retener restos placentarios hasta un 26%.

Hermelinda Lourdes, Janampa Valladares en Moquegua nos muestra un caso clínico en el tercer periodo del parto, manejado clínicamente inadecuado en el primer nivel de atención, lo cual evidencia un claro problema de salud.

Alejandra, Lazo Escobedo; María Alejandra, Franco Gómez en Arequipa, refieren luego de su investigación que existe condiciones de riesgo para la retención de placenta, siendo: aborto previo 2,69., Enfermedad Hipertensiva del Embarazo 4,80., Ruptura Prematura de Membranas 3,02., todos más veces de riesgo de presentar la patología obstétrica mencionada.

En la Región de Huánuco la cifra llega al 2,7 está catalogados como patologías afectadas por otras formas de desprendimiento y retención de placenta en el año 2016; el embarazo en adolescentes alcanzó el 22%.⁵

La placenta retenida y/o restos de membranas, constituyen cuadros potencialmente catastróficos que ponen en grave peligro la vida de la mujer. La muerte materna en este evento alcanza porcentajes importantes del 7 al 20% en nuestro País, la muerte perinatal como consecuencia de la misma llega al 9% de casos; las complicaciones hemodinámicas llevan secundariamente a hemorragias masivas las cuales tienen la necesidad de ser trasfundidas con paquetes globulares y otros componentes sanguíneos, así mismo están expuestas a infecciones que podrían complicarse hasta shock séptico, so estando excepto el útero roto y otras lesiones.

Lo mencionado con anterioridad hace que plantearnos la siguiente interrogante:

1.2. Formulación del problema

¿Cuáles son los factores clínicos relacionados a la retención placentaria en parturientas adolescentes. Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Amarilis – Huánuco, año 2017?

1.2.1. Problemas Específicos:

1. ¿Cuáles son las características demográficas de la gestante en proceso del parto?

2. ¿Cuáles son los factores clínicos maternos de las pacientes adolescentes con retención placentaria?
3. ¿Cuáles son los factores clínicos ovulares en las parturientas?
4. ¿Cuáles es la clasificación de los casos de retención placentaria?

1.3. Objetivo General

Determinar la relación entre los factores clínicos y la retención placentaria en parturientas adolescentes. Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Amarilis – Huánuco, año 2017.

1.4. Objetivos Específicos

1. Caracterizar los datos demográficos de la gestante en proceso del parto.
2. Identificar los factores clínicos maternos de las pacientes adolescentes con retención placentaria.
3. Identificar los factores clínicos ovulares en las parturientas.
4. Clasificar los casos de retención placentaria.

1.5. Trascendencia de la Investigación

Teóricamente, la retención placentaria es una patología asociada a mayor riesgo obstétrico y exposición a la morbilidad materno perinatal, el tema en nuestro País es poco abordado, gracias a nuestra investigación conocemos las estadísticas reales, con la que se beneficiará directamente a las gestantes y parturientas, porque los profesionales del área Gineco Obstetricia tomarán acciones y conductas obstétricas de prevención de riesgo obstétrico, de no ser así estas complicaciones exponen a la posibilidad de sufrir un daño en la salud del adolescente parturienta.

Técnicamente, en Huánuco Materno Infantil Carlos Showing Ferrari está clasificada como hospital referencial de solución de patologías obstétricas y manejo de FONE, por lo que cuenta con el número adecuado para realizar la presente investigación.

Académicamente, la universidad a través de docentes y alumnos de la segunda especialidad, como una comunidad académica reconocida, impulsa la investigación. Este trabajo abre puertas a nuevas investigaciones, de igual forma puede ser útil como antecedente investigativo de otros trabajos de investigación.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación

2.1.1. Internacionales

1. Milagros Eusebia, Muñiz Rizo; Vivian Asunción, Álvarez Ponce; Wendy, Felipe Cutié; Cuba - 2015 publican el tema: Acretismo placentario cuyo objetivo fue: Describir las características de un caso de acretismo placentario, utilizando el diseño epidemiológico analítico caso clínico. Teniendo los siguientes resultados: Gestante con embarazo a término de 37 semanas, padece diabetes gestacional y presenta rotura prematura de membrana. Se realiza cesárea con la indicación diagnóstica de fracaso de inducción. Se efectúa histerotomía segmentaria arciforme y se extrae recién nacido vivo; se observa que la placenta se encuentra adherida en el cuerno izquierdo que penetra todo el miometrio hasta la serosa, haciéndose imposible el alumbramiento, por lo que se decide realizar histerectomía total abdominal conservando anexos. Se confirma el diagnóstico con estudio anatomopatológico. Buena evolución de la paciente y su recién nacido. Conclusión: El percretismo placentario constituye una emergencia obstétrica de posible resolución.⁶
2. Johana María, Iglesias Castro; Daniela, Urbina Delgadillo; Nicaragua - 2014, realizaron la investigación denominada: Factores de riesgo asociados a hemorragia postparto en adolescentes del servicio de Obstetricia del Hospital Matagalpa cuyo objetivo fue describir los eventos que llevan que se relacionan con la patología y que pueden provocar enfermedad y riesgo obstétrico. El estudio fue de diseño descriptivo, constituido por 138 mujeres a las que se les atendieron parto vía vaginal y cesárea, la recolección de datos se realizó a través de una ficha y de fuente secundaria como el expediente clínico. Encontraron que de 27,998 partos vía vaginal y cesárea atendidos se registró una incidencia alta, fueron de procedencia rural y no tenían

escolaridad. Los factores antes del parto más importantes fueron: Primigesta con anemia; el parto fuera del hospital, dilatación rápida y expulsivo acelerado y el trabajo de parto con demora más de lo normal, en el puerperio hubieron casos de útero atónico, desgarros del canal blando en la vagina, la retención de placenta y restos placentarios.⁷

3. María del Carmen, Dubón Peniche; México – 2013, realiza el estudio denominado calidad de atención médica, clínica de restos de los anexos placentarios en el útero materno, el objetivo del estudio fue analizar el expediente clínico de las pacientes, la investigadora utilizó el diseño no experimental analítico: caso clínico, tipo retrospectivo y transversal. Los resultados fueron: Puerperio tardío patológico con retención de restos placentarios. Concluyendo mala praxis por negligencia e impericia del personal médico del hospital.⁸
4. Ornar Dueñas G; Hugo Rico O; Mario Rodríguez B; Chile investigan sobre: Actualidad en el diagnóstico y manejo de la placenta acreta, estudio en adolescentes, el objetivo fue describir las nuevas técnicas de clasificación y tratamiento de la patología, utilizaron el diseño descriptivo, los autores tuvieron los siguientes resultados: 1. Los casos clínicos estudiaron reflejan un incremento en la morbilidad materna y fetal, que estos últimos años va en aumento. 2. En el estudio se encontraron diagnósticos certeros, gracias a la tecnología de punta y la vanguardia actualizada en métodos clínicos para determinar la patología. 3. El tratamiento fue hospitalario en todos los casos, ya que requiere de un manejo especializado por cirujanos Ginecólogos, con el apoyo de cirujanos de sala de operaciones, con soporte hemático y componentes plasmáticos; algunos casos fueron de manejo conservador según el estado de cada mujeres, el manejo médico en Chile considera los protocolos que rige el Ministerio de Salud.⁹
5. Karla, Muñoz Hidalgo; Ecuador, investiga el tema denominado: “Incidencia de las complicaciones de la hemorragia postparto en mujeres adolescentes atendidas en la maternidad Matilde Hidalgo de Procel”; la investigadora halló la incidencia de la patología y otras

complicaciones; el estudio fue de diseño descriptivo no experimental, tipo transversal y retrospectivo, con una muestra de 100 puérperas adolescentes. Resultados: La incidencia hallada de las complicaciones fue el 41%, los casos que presentaron hemorragia post parto en adolescentes de 16 a 17 años fueron la mitad, Concluyendo que la retención placentaria fue la primera causa con el 50%.¹⁰

2.1.2. Nacionales

Scarleth Stany, Zavaleta Valderrama; Trujillo - 2018 realizó la investigación titulada: Multiparidad como factor de riesgo asociado a retención placentaria en gestantes del Hospital Belén de Trujillo, con el objetivo de determinar si la multiparidad es factor de riesgo asociado a retención placentaria en gestantes del Hospital Belén de Trujillo. Material y Métodos: Se llevó a cabo un estudio de diseño observacional analítico: caso control de tipo retrospectivo y transversal. La población de estudio estuvo constituida por 136 gestantes; las cuales fueron divididas en 2 grupos: con retención placentaria o sin ella; se calculó el odds ratio y la prueba chi². Resultados: No se apreciaron diferencias significativas en relación con las variables edad materna, edad gestacional y procedencia entre los pacientes con retención placentaria o sin ella. La frecuencia de multiparidad en gestantes con retención placentaria fue de 18/68= 26%. La frecuencia de multiparidad en gestantes sin retención placentaria fue de 8/68= 13%. La multiparidad es factor de riesgo para retención placentaria en gestantes con un odds ratio de 2,7 el cual fue significativo ($p<0.05$). Conclusiones: La multiparidad es factor de riesgo asociado a retención placentaria en gestantes del Hospital Belén de Trujillo.¹¹

Hermelinda Lourdes, Janampa Valladares; Moquegua - 2017 investiga el tema: Hemorragia postparto y retención placentaria con el objetivo de identificar un caso práctico en una comunidad rural, utilizando el diseño epidemiológico caso clínico, resultando así: El presente caso se trata de una paciente de 36 años que cursa con retención de placenta y evidencia problemas en el primer nivel de atención con respecto al manejo inmediato y oportuno de la clave roja y con la referencia, el

análisis de caso muestra puntos importantes que nos sirven de retroalimentación con la finalidad de facilitar la corrección de posibles deficiencias y de esta manera se contribuya a la mejora continua de la calidad en el manejo de este tipo de pacientes.¹²

Alejandra, Lazo Escobedo; María Alejandra, Franco Gómez; Arequipa – 2015, realizaron la investigaron denominada: Factores de riesgo asociados a la retención de placenta y/o membranas ovulares en partos a término en adolescentes, el objetivo planteado fue: Determinar los factores de riesgo de la patología, utilizando el diseño epidemiológico Analítico caso control, tipo retrospectivo y transversal. Resultados: El total de partos, vaginales fueron 45,5% mientras el 3,8% presentaron retención de placenta y/o membranas ovulares. Las mujeres con aborto previo tienen 2,69 más veces de riesgo de padecer retención de placenta y/o membranas ovulares con respecto a las que no tuvieron abortos. Las mujeres con enfermedad hipertensiva del embarazo tienen 4,80 más veces de riesgo de padecer retención de placenta y/o membranas ovulares. Las mujeres con ruptura prematura de membrana tienen 3,02 más veces de riesgo de padecer retención de placenta y/o membranas ovulares. Conclusiones: Las pacientes con aborto previo, enfermedad hipertensiva del embarazo y ruptura prematura de membranas tienen mayor riesgo a presentar retención de placenta y/o membranas ovulares.¹³

Elvira, Soledad Benites Vidal; Ica – 2015, investiga el tema: Retención placentaria como causa de hemorragia postparto en el Hospital de Vitarte, con el objetivo de analizar un caso clínico de retención placentaria que causa hemorragia postparto, utilizando el diseño epidemiológico analítico: caso clínico, teniendo lo siguiente: paciente de 39 años, multigesta de 38 semanas, que acude por emergencia por presentar contracciones uterinas frecuentes, se le hospitaliza para la atención del parto, donde se obtuvo un recién nacido de sexo femenino 3470 gr., con Apgar de 8 al minuto y 9 a los 5 minutos al nacer, se administra oxitocina para realizar el manejo activo del tercer periodo del parto, pero se

produce una retención placentaria, se comunica al Ginecólogo de guardia y confirma el diagnóstico, observándose una placenta de inserción anterior y sangrado uterino profuso. Se realiza masaje uterino y extracción manual de placenta. La paciente evoluciona favorablemente, sin compromiso hemodinámico y la metrorragia uterina disminuye progresivamente, disminuyendo la altura uterina de 22 a 12 cm, sin metrorragia posterior a la extracción placentaria. Alta al segundo día de hospitalización en buenas condiciones, con su recién nacido. El hematocrito de egreso fue de 32% y hemoglobina de 10,7 g/dl. El control al 9^{no} día comprueba paciente en buenas condiciones, con útero bien retraído y sin metrorragia.

En la revisión de caso clínico hemos encontrado que la placenta retenida es una complicación potencialmente mortal debido a su asociación con la hemorragia postparto lo que hemos verificado los niveles bajo de hemoglobina y hematocrito. Conclusión: El término de placenta retenida se utiliza cuando la placenta no es expulsada luego de 30 minutos del parto. La placenta retenida es una complicación potencialmente mortal del alumbramiento, si no se trata, existe alto riesgo de muerte materna por hemorragia o infección.¹⁴

Ana, Saravia Poicón; Ica, Chinchá - 2015 realizó la investigación titulada: Retención placentaria en parto domiciliario en el Puesto de Salud Wiracocha El Carmen Chinchá – Ica cuyo objetivo fue presentar el caso clínico de retención placentaria de parto domiciliario y fomentar en la mujer la importancia del control prenatal y del parto Institucional enfatizando las complicaciones de un parto domiciliario a las gestantes y familiares. Utilizaron el diseño no experimental analítico: caso clínico de tipo transversal y retrospectivo. Concluyendo: 1. El traslado de la paciente presentó una demora en el tiempo que transcurrió desde que ocurrió la emergencia hasta que fue atendida por el profesional de salud. 2. El puesto de salud debería contar con ambulancia para trasladar las posibles emergencias. 3. El personal de salud del puesto de salud atendió la emergencia según corresponde a su nivel de atención de

FONP. 4. La paciente no recibió ninguna atención prenatal porque ocultaba su embarazo de sus familiares y de toda la comunidad.¹⁵

2.1.3. Locales o Regionales

1. Delmira Alfonsina, Espinoza Meza; Silvia Marisol, Izarra Rosales; Huánuco - 2017, realizaron la investigación denominada: “Factores de riesgo de la hemorragia postparto en puérperas inmediatas del Hospital “Carlos Showing Ferrari”, con el objetivo de determinar los factores de riesgo, para la cual utilizaron el diseño descriptivo de nivel relacional con una muestra de 30 puérperas inmediatas. Resultados: en general, un promedio de 40% de puérperas inmediatas presentaron hemorragia postparto a causa de los factores de riesgo intraparto, el 20% a causa de los factores anteparto y 20% a causa de los factores postparto.¹⁶
2. Mirtha Aymin, Francia Mayorca. Huánuco – 2017, investiga sobre “Factores clínicos relacionados a atonía uterina en puérperas inmediatas, Hospital De Contingencia Hermilio Valdizán Medrano”, con el objetivo de relacionar ambas variables, según el tiempo de ocurrencia y sangrado uterino; la metodología fue con enfoque cuantitativa, tipo trasversal, retrospectivo, diseño no experimental descriptivo de dos variables, nivel correlacional y muestra de 50 pacientes; Resultados: Edad adolescente (74%), secundaria completa (54%) y multíparas (72%). Los factores con mayor porcentaje: antes del parto, enfermedad hipertensiva del embarazo (26%); durante, trabajo de parto prolongado (16%); puerperio, retención de cotiledón placentario (10%). Clasificación: atonía precoz (64%); y sagrado uterino severo (86%). Conclusión: las variables estuvieron fuertemente relacionadas entre sí.¹⁷
3. Cuestas Menese, Haiddy Sara; Espinoza Chávez, Henry Yoler; Valer Carmen, Nashely Sandy; Huánuco, realizaron la investigación denominada: Cesárea previa, legrado uterino y paridad como factores relacionados a la retención de restos placentarios en el puerperio

inmediato, atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, los investigadores tuvieron el objetivo determinar el antecedente de cesárea, legrado uterino y paridad están relacionados a la retención de restos placentarios en el puerperio inmediato, el estudio fue retrospectivo, siendo el caso puérperas con diagnóstico retención de restos placentarios y controles aquellos que no tienen dicho diagnóstico, que involucró 294 historias clínicas, obteniendo los siguientes resultados: hubo 147 casos de retención placentaria de un total de 1 498 atenciones puerperales, haciendo una incidencia de 9,81 %. Los factores de riesgo independientes asociados fueron paridad mayor de dos (OR 1 ,95% 1.20-3,21; $p < 0,005$), la edad gestacional >37 semanas (OR 3,00; [CI] 95% de 1,74 a 5,17; p de 0,00), la procedencia del parto extrahospitalario (OR 2,89; [CI] 95% de 2,38 a 3,5; p de 0,00) y el grado de instrucción (p de 0,000). El antecedente de cesárea y legrado uterino no eran significantes, con un p de 0,74 y 0,17 respectivamente, no constituyendo factores relacionados a la retención de restos placentarios. Llegando a las siguientes conclusiones: la paridad mayor de dos es un factor de riesgo para la retención de restos placentarios en un embarazo posterior. Asimismo, la edad gestacional, la procedencia del parto y el grado de instrucción.¹⁸

4. Catalina, Rengifo Ríos; Tarapoto, realiza la investigación “Hemorragia Post Parto en adolescentes del Hospital de Apoyo Integrado Tarapoto, con el objetivo de determinar la frecuencia de la hemorragia post-parto, los factores asociados, sus causas y el volumen promedio que impacta en la hemodinámica de la parturienta, en un estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo. Resultados: 399 (66%) casos con volumen promedio de pérdida sanguínea de 543,45 cc., 44% casos con hemorragia post-parto, siendo el volumen de 1259,23 cc., las cuales impactaron en la hemodinámica de la paciente. Los factores de riesgo asociados fueron: trabajo de parto prolongado, tiempo de alumbramiento y peso fetal. Las causas del

sangrado estuvieron relacionadas con membranas disociados (44,74%), atonía/hipotonía uterina (28,95%), retención placentaria (18,42%), laceración de cuello uterino (5,26%) y laceración de tercer grado (2,63%). Finalmente el análisis de correlación lineal muestra una relación inversa con hematocrito postparto, la presión arterial sistólica y diastólica y una relación directa con la frecuencia cardíaca.¹⁹

5. Calle Silva, Noemi Mirelly; Bartra Arévalo, Wilson Eduardo. Pucallpa. Investigaron sobre: “Revisión manual de cavidad uterina como prevención de complicaciones puerperales en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, con el objeto de identificar las características de la revisión manual de cavidad uterina como prevención de complicaciones puerperales; para los cual se realizaron un estudio descriptivo simple, retrospectivo, de corte transversal, muestra de 170 casos. Luego de la investigación se obtuvieron los siguientes resultados: 97% de los casos se realizó la revisión manual de cavidad uterina de 2 a 3 veces; 49% de los casos, la principal indicación para realizar la revisión manual de cavidad uterina fue la retención de membranas o restos placentarios; 27% la extracción manual de placenta; 8% por sospecha de lesión corporal uterina (antecedente de legrado uterino, AMEU, o Cesárea); 7% por prematuridad; 4% por óbito fetal y 3% por ruptura prematura de Membranas; 2% otros. Con relación a la conducta de emergencia post revisión manual de cavidad uterina, en el 87% no se realizó ningún procedimiento de emergencia; en el 12% se realizó legrado uterino; y en el 1% histerectomía.²⁰

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Factores Clínicos

Son elementos que actúan como condicionante para la obtención de un resultado en la práctica clínica.

Factores Clínicos Maternos

Es la manifestación sanitaria de elementos de la gestante que actúan como condicionantes al desarrollo de la enfermedad.¹⁷ Los factores clínicos maternos que posiblemente estén relacionados a la retención placentaria son:

1. **Aborto incompleto**, es la expulsión parcial del producto de la gestación, este factor está relacionado con el número de legrado uterinos como parte del tratamiento de esta patología; al hablar de legrado instrumental o AMEU existe un desprendimiento de tejido uterino por abrasión, la cual posteriormente se formara la cicatrización en la zona afectada, conllevando a la presencia de bridas en el endometrio, la cual afectando finalmente en el próximo embarazo, quedando la pared endometrial más delgada y con riesgo a una implantación invasiva de la placenta.²²
2. **Alumbramiento dirigido**, la revisión sistemática de cuatro ensayos clínicos sobre las mejores prácticas para disminuir el riesgo por hemorragia post parto que comparo el manejo activo versus la expectante muestra que el manejo activo rutinario resulto ser más efectivo al manejo expectante en cuanto a la pérdida sanguínea, hemorragia post parto grave, requerimiento de transfusiones sanguíneas y anemia post parto y alumbramiento prolongado.²³
3. **Cesárea anterior**, la realización de los cortes en el endometrio durante la cirugía van a producir una cicatriz, está llevará al proceso de delgadez de la pared uterina, siendo en el próximo embarazo un riesgo para la placenta mal insertada.²⁴

4. **Edad materna**, es un hecho que la mejor edad para tener hijos, por múltiples motivos, es entre los 24 y los 34 años. Cuando se analiza el crecimiento fetal, se confirma que las adolescentes tienen hijos más pequeños que el resto de las mujeres.²⁵
5. **Enfermedad hipertensiva del embarazo**, la presión arterial normalmente desciende en el primer trimestre del embarazo, llegando incluso a valores de 15 mm Hg., por debajo de los niveles previos al embarazo.²⁶

Estas fluctuaciones tensionales suceden tanto en pacientes normotensas como en aquellas hipertensas crónicas.²²

La hipertensión arterial durante el embarazo puede ser definida sobre la base de la presión arterial absoluta, la presión arterial media o una elevación de la misma durante el segundo trimestre del embarazo, tomando como referencia la presión arterial basal en el primer trimestre.²²

De todas estas opciones el criterio de tomar los valores absolutos de presión arterial sistólica y diastólica impresiona ser el criterio más razonable y práctico.²² Aunque valores absolutos de Presión sistólica mayores de 140 mmHg., pueden ser niveles razonables a partir de los cuales iniciar el monitoreo de la madre y el feto, es la presión diastólica igual o mayor de 90 mmHg., el valor que sirve en forma simple y práctica para definir Hipertensión arterial en el embarazo.²²

6. **Expulsivo prolongado**, el expulsivo es el segundo periodo del parto, inicia inmediatamente después de completar la dilatación y termina con la expulsión del cuerpo de feto; la duración de este periodo será aproximadamente: hasta 2 horas en caso de primíparas y hasta 1 hora en caso de multíparas. En caso de sobrepasar éstas cifras estaríamos hablando de un periodo expulsivo prolongado con probables complicaciones.²⁷

Multiparidad, el término "gran múltipara" fue introducido por Salomons en 1934 quien, impresionado por la elevada mortalidad de estas pacientes, en comparación con otros grupos, las llamó "múltiparas peligrosas". Eastman insistió, además, en las altas cifras de mortalidad perinatal como consecuencia del aumento de la prematurez, malformaciones congénitas y complicaciones del embarazo. La gran múltipara, es aquella mujer que ha pasado del período máximo de la procreación; la que está en la edad de las enfermedades circulatorias, metabólicas, y regresivas, las cuales aumentan las complicaciones del embarazo y parto. La mujer que ha tenido seis o más embarazos, tiene mayores probabilidades de tener contracciones leves durante el parto y hemorragias después del mismo, debido al debilitamiento de sus músculos uterinos; cuando existe sobre distensión de los tejidos incrementa el espacio en la capacidad del útero haciéndole grande para el producto, pudiendo desarrollar de vueltas del cordón en el cuello fetal. También puede tener un parto rápido, que aumenta el riesgo de padecer una hemorragia vaginal copiosa. Además, tiene muchas más probabilidades de tener placenta previa. Este trastorno puede causar hemorragia y, como la placenta puede bloquear el cuello uterino.²⁸

7. **Paridad**, es ampliamente conocido que el peso del primer hijo suele ser menor que el de los siguientes. La explicación más probable se vincularía con la reactividad de la vasculatura útero placentario durante el embarazo. La capacidad de las arterias espiraladas de dilatarse totalmente y ser invadidas por el trofoblasto diferiría entre el primer embarazo y los subsecuentes. Este mecanismo es el mismo que se utiliza para explicar cómo los estados pre eclámpticos varían a medida que cambia la paridad.²⁹
8. **Parto**, se define como el proceso fisiológico que pone fin al embarazo por el cual se produce la salida desde el útero al exterior, a través del canal del parto, de un feto, vivo o muerto, seguido de sus anexos ovulares. Es la expulsión de un feto con un peso igual o mayor de

500gramos (igual o mayor a las 22 semanas completas) para otras 20 semanas contadas desde el primer día de la última menstruación. Ya que el parto indica el fin de la gestación, se puede dar de manera espontánea, o provocado en su inicio, y ser dirigido con medicamentos en su evolución.³⁰

- 9. Periodo expulsivo**, abarca desde la dilatación completa hasta la expulsión fetal al exterior. Es la fase más espectacular y en la que el descenso de la cabeza fetal es más acelerado y llamativo, aunque ésta se inicia en la fase de dilatación.

Cuando el cuello se ha dilatado totalmente, las contracciones uterinas completan el descenso y causan el parto del feto con la ayuda de los esfuerzos del pujo. Durante el periodo expulsivo la frecuencia de las contracciones aumenta hasta un promedio de 5 cada 10 minutos y la intensidad sube hasta 47mmHg. La actividad uterina promedia es de 235 UM. La más alta que se registra durante el embarazo y el parto normal. El tono promedio es de 12mmHg.³¹

La duración clínica aproximada de ese periodo es de 60 minutos en nulíparas y de 30 minutos en multíparas. Este concepto ha cambiado desde la introducción de la analgesia en el parto, se consideran normales los tiempos de 2 horas de expulsivo en primigestas y de 1 hora en multíparas.³²

En esta fase se distinguen tres periodos:

Encajamiento de la cabeza en el estrecho superior de la pelvis.

- Descenso de la presentación: Por lo general el descenso comienza durante la fase de máxima dilatación cervical, suele observarse durante la fase de desaceleración en la segunda fase del parto. La velocidad de descenso es de 3,3 cm/h en nulíparas y de 6,6 cm/h en multíparas. El diagnóstico se establece cuando el periodo de observación de este es de 2 horas con tres exploraciones vaginales.
- Expulsivo.

10. Tiempo prolongado de alumbramiento, este periodo, inicia después de la expulsión del producto hasta la expulsión de la placenta, este periodo no debe durar más de 30 min.³³

Factores Clínicos Ovulares

Es la manifestación sanitaria de elementos de las membranas ovulares en el embarazo que actúan como condicionantes al desarrollo de la enfermedad.³⁴ Los factores clínicos ovulares que posiblemente estén relacionados a la retención placentaria son:

1. Ruptura Prematura de Membranas (RPM), se define como la solución de continuidad espontánea de la membrana corioamniótica antes del inicio del trabajo de parto. La RPM puede ocurrir en cualquier momento de la gestación.

Clasificación:

Ruptura precoz de membrana: ruptura espontánea de las membranas con inicio de actividad uterina en la siguiente hora.

Ruptura prolongada de membranas: ruptura de membranas 24 horas o más antes de iniciarse el trabajo de parto.

Periodo de latencia: intervalo entre la ruptura de membranas y el inicio del trabajo de parto, en la actualidad se requiere de un intervalo de latencia mínimo de una hora, para cumplir con la definición de ruptura prematura de membranas.

Periodo de intervalo: tiempo transcurrido entre la ruptura de membranas y el parto.

Etiología: es desconocida en la mayoría de los casos. Sin embargo, se han identificado varias condiciones predisponentes: alteración de las propiedades físicas de las membranas.

El colágeno y la elastina jugarían un rol importante en la mantención de la integridad de la membrana corioamniótica, la que en condiciones normales exhibe un equilibrio entre actividad enzimática proteasa y antiproteasa.

La literatura es consistente en señalar que las membranas de los embarazos con RPM son más delgadas y tienen menos elasticidad y resistencia que aquellas que permanecen íntegras hasta su rotura durante el trabajo de parto. Por otra parte, se ha comunicado que las proteasas locales elaboradas por fibroblastos, macrófagos y bacterias, juegan un rol en la remodelación molecular de la membrana corioamniótica. Se ha demostrado que la actividad proteasa está aumentada y que existen bajas concentraciones de alfa 1 antitripsina (A1AT) en el líquido amniótico (LA) de embarazos con RPM. Además, se ha aislado una proteína antiproteasa en orina y pulmón fetales, lo que apoya la idea de una participación fetal en la protección de la integridad de las membranas.

Sobrepeso, una interacción compleja entre factores contextuales biológicos, psicológicos y sociales influye sobre la magnitud del peso que gana una mujer en el embarazo. A pesar de la relación inversa uniforme observado entre la ganancia de peso gestacional total y la categoría de IMC pre grávido, las mujeres con sobrepeso y obesas presentan una probabilidad casi dos veces mayor de superar las ganancias recomendadas por el IOM en 1990 en comparación con las mujeres con peso normal. Por otra parte, es más probable que las mujeres con peso inferior al normal ganen peso por debajo de las recomendaciones del IOM de 1990. Además, la multiparidad, el consumo de tabaco durante el embarazo, la mayor edad, los bajos ingresos, la raza/etnia negra o hispana, las mujeres solteras y la educación limitada se asocian a una ganancia insuficiente. Un cierto número de las mismas características sociodemográficas se han erigido en factores de riesgo para una ganancia superior a las recomendaciones del IOM.

Tampoco se conocen todavía a ciencia cierta las contribuciones de genes específicos y variantes secuenciales a las ganancias de peso gestacional mayores y menores. Un mejor conocimiento de las características de las mujeres con riesgo máximo de ganancia de peso insuficiente y excesivo es crucial con objeto de seleccionar agresivamente a estas madres en intervenciones encaminadas a obtener ganancias de peso gestacional saludables y, en consecuencia, dar lugar a mejoras de los desenlaces materno-infantiles.³⁵

2. **Corioamnionitis**, es una infección de membranas ovulares en la cual microorganismos, usualmente bacterias, llegan y se multiplican en la cavidad amniótica dentro de la cavidad uterina. Puede ocurrir durante la rotura prematura de membranas como con el saco ovular integro; en la clínica se puede observar la inflamación aguda de las membranas placentarias (amnios y corion) de origen infeccioso que se acompaña de la infección del contenido amniótico, esto es, feto, cordón y líquido amniótico. A menudo relacionamos con rotura prolongada de membranas y trabajo de parto prolongado. Macroscópicamente, la infección se caracteriza por la presencia de membranas nebulosas; también puede a ver olor desagradable, dependiendo de las especies bacterianas y su concentración; los gérmenes que infectan la cavidad ovular son tanto aeróbicos como anaeróbicos, entre ellos *Escherichia coli*, *Streptococo β - hemolítico*, *Mycoplasma hominis*, *Listeria monocytogenes*, *Chlamydia trachomatis*.³⁶

2.2.2. Retención Placentaria

Concepto, es el mecanismo por el cuál la placenta no expulsada al exterior fisiológicamente, se clasifica en retención parcial o retención de restos placentarios, y retención total de la placenta.

Esta patología es definida como la no expulsión de la placenta dentro de los 30 minutos que suceden al parto del feto en condiciones normales y 15 minutos cuando el alumbramiento es dirigido.

La placenta se encuentra adherida o bien encarcelada en el útero, por lo que no puede ser expulsada.

La cavidad uterina así ocupada por la placenta, no logra contraerse eficazmente por lo que el sangrado continúa; la presencia de restos placentarios, cotiledones o fragmentos de membrana ovulares adheridos a la pared uterina son la causa más frecuente de hemorragia tardía.³⁷

Fisiopatología de la Retención de placenta se menciona:

- a. Distocias dinámicas en retención total de placenta. - Pueden deberse a causas de contracciones perturbadas (anillos de contracción) o a una insuficiente contractilidad (inercia). En caso de la inercia sus causas pueden ser de origen local o general, ejemplo el uso y abuso de drogas sedantes, otras las malformaciones congénitas, distensión exagerada de la fibra muscular uterina como es en el embarazo gemelar, polihidramnios, por degeneración de la fibra muscular: multiparidad, obesidad, edad avanzada, fibromatosis uterina, el agotamiento de la actividad contráctil del útero después de un parto prolongado y la infección amniótica.

El proceso revela ausencia de dolor característico que anuncia el desprendimiento, disminución de la consistencia del útero aumento de volumen y hemorragia externa (este último si el desprendimiento es parcial).³⁸

- b. Anillos de contracción. - Se debe a la contractura de una zona circular del útero. Pueden aparecer sin causa evidente, en la mayoría obedece a una inadecuada aceleración del desprendimiento placentario (masaje intempestivo del útero), incorrecta administración de drogas oxitócicas.

La causa de la hemorragia podría residir en el hecho que la placenta retenida por encima del anillo y parcialmente desprendida, impide que el útero se retraiga y comprima los vasos abiertos; la sangre sale a chorros intermitentes, el diagnóstico se realiza al tacto vaginal.³⁹

- c. Distocia anatómica. - Es la adherencia anormal de la placenta (Placenta acreta, increta, percreta). Causas de endometritis, procesos inflamatorios de la placenta o raspado uterino previo.

El acretismo placentario es la inserción anormal de parte o de toda la placenta con ausencia total o parcial de la decidua basal y anomalía de la caduca verdadera con penetración de las vellosidades coriales al miometrio.⁴⁰

- d. Fisiopatología del Acretismo. - Se piensa que es debido a la ausencia o deficiencia de la capa de Nitabuch, que es una capa fina que se sitúa entre la decidua basal y el corion frondoso, es una falla de la reconstitución del endometrio y de la decidua basal especialmente después de una cesárea.

El diagnóstico definitivo se da por medio de la histopatología al comprobar la invasión de las vellosidades coriales en el miometrio.⁴¹

- e. Defectos de la coagulación. - Son la hipofibrinogenemia causada por la disminución del fibrinógeno por debajo de sus niveles críticos (200 a 400 gm/dl), aquí la sangre no coagula y de no ser tratada convenientemente la mayoría tienen evolución fatal.⁴²

2.3. Definiciones Conceptuales

2.3.1. Adolescente

La Organización Mundial de la Salud, define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años.

2.3.2. Factores Clínicos

Son elementos que actúan como condicionante para la obtención de un resultado en la práctica clínica.

2.3.3. Factores Maternos

Es la manifestación sanitaria de elementos de la gestante que actúan como condicionantes al desarrollo de la enfermedad.

2.3.4. Factores Ovulares

Es la manifestación sanitaria de elementos de las membranas ovulares en el embarazo que actúan como condicionantes al desarrollo de la enfermedad.

2.3.5. Retención Placentaria

Falta de expulsión de placenta en el tiempo razonable, puede ser parcial o total.

2.4. Sistema de Hipótesis

2.4.1. Hipótesis de Investigación

Hi. Existe relación entre los factores clínicos y la retención placentaria en parturientas adolescentes. Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Amarilis – Huánuco, año 2017.

2.4.2. Hipótesis Nula

H⁰. No existe relación entre los factores clínicos y la retención placentaria en parturientas adolescentes. Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Amarilis – Huánuco, año 2017.

2.4.3. Hipótesis Específica 1

Existe relación entre los factores clínicos maternos y la retención placentaria en parturientas adolescentes.

2.4.4. Hipótesis Específica 2

Existe relación entre los factores clínicos ovulares y la retención placentaria en parturientas adolescentes.

2.5. Operacionalización de Variables

2.5.1. Variable 1:

Factores clínicos.

2.5.2. Variable 2:

Retención Placentaria.

2.6. Operacionalización de Variables:

Variable		Dimensión	Indicadores	Criterios de medición	Tipo de variable
VARIABLE 1	Factores Clínicos	Maternos	Aborto	Si No	Cualitativo Nominal
			Cesárea anterior		
			Edad de riesgo		
			EHE		
			Multigesta		
			Obesidad		
			Parto pre término		
		Ovulares	RPM	Si No	
			Corioamnionitis		
			Patologías anatómicas		
VARIABLE 2	Retención Placentaria	Total	Retención total de la placenta	Si No	Cualitativo Nominal
		Parcial	Retención de restos placentarios	Si No	

CAPITULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de Investigación

3.1.1. Enfoque:

Deductivo Porque va de lo general a lo particular.

3.1.2. Nivel:

Correlacional porque relacionamos los Factores Clínicos con la Retención Placentaria.

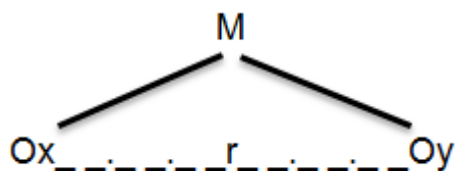
3.1.3. Tipo

El estudio fue transversal, porque los datos fueron recolectados en una sola ocasión y retrospectivo, porque los hechos fueron pasados, contrastados con la opinión de José Supo.

3.1.4. Diseño:

Epidemiológico Descriptivo de dos variables que se correlacionaron, Según el Autor José Supo,⁴⁴ este diseño se originó en el campo de las ciencias de la salud, inicialmente planteando el estudio de los eventos adversos a la salud en poblaciones humanas.

Diagrama:



M= Muestra

Ox= Factores Clínicos

Oy= Retención Placentaria

r = Representa la correlación de ambas variables

3.2. Población y Muestra

3.2.1. Población

Estuvo constituida por el total de partos con retención placentaria 126; ocurridos en el año 2017., *fuentes: Red de Salud Huánuco.*

3.2.2. Muestra

Para la selección de la muestra utilizamos el cálculo muestral para la población finita y conocida:

Fórmula alfa:

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{i^2(N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

Datos:

n: tamaño muestral = ?

N: tamaño de la población = 126

z: valor de distribución de gauss: $\alpha = 0,01 = 2,575$

p: prevalencia esperada del parámetro a evaluar: 10% = 0,1

q: 1 – p (si p = 0,896 %, q = 0,104 %) = 0,896

i: error que se prevé cometer si es del 10 %: i = 0,1

Reemplazando:

$$n = \frac{2,575^2 \cdot 126 \cdot 0,896 \cdot 0,104}{0,01(126-1) + 2,575^2 \cdot 0,896 \cdot 0,104}$$

$$n = 77,8514 / 1,86787 = 41,6793$$

n = 42 adolescentes

Muestreo: Probabilístico, aleatoria simple; donde todos tenían la misma posibilidad de ser escogidos.

3.2.3. Criterios de Inclusión

1. Adolescentes.
2. Parturientas de parto domiciliario.
3. Parturientas de parto hospitalario.
4. Parturientas referidas de otros establecimientos de salud.

Criterios de Exclusión: No incluidas en el criterio de selección.

Unidad de Análisis: Adolescentes parturientas.

Unidad de Muestreo: Con Retención Placentaria.

Marco Muestral: Relación de Pacientes.

Delimitación geográfica, temporal y temática

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Amarilis - Huánuco, Perú.

3.3. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

3.3.1. Recolección de Datos

Técnica. - Estudio documental: Historias Clínicas Maternas, SIP Historia Clínica de Emergencia. Las historias clínicas perinatales están validadas, aprobadas y con la confiabilidad que del Ministerio de Salud del Perú.

Instrumentos: Ficha de recolección de datos, fue para describir los hechos tras los datos (Anexo 2), siendo elaboración propia.

3.3.2. Interpretación de Datos y Resultados

En la investigación, se utilizaron la distribución de frecuencias, medidas de tendencia central y medidas de variabilidad.

3.4. Técnicas para el Procesamiento y Análisis de la Información

Autorización, se gestionó los permisos respectivos a la Dirección del Hospital y a la Jefatura del Archivo Central.

Identificación de casos, se identificaron las historias clínicas maternas de las Adolescentes después del parto con diagnóstico de retención placentaria.

Aspectos éticos, la presente investigación se realizó respetando las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud con protección de seres humanos sujetos a investigación, clasificadas “Ningún Riesgo”.⁴⁵

Aplicación de instrumentos, la recolección de datos lo realizó la investigadora utilizando el instrumento.

Digitación, una vez obtenida la información fue digitada en una base de datos en el programa SPSS 23, la cual fue ingresada diariamente, para luego analizarlo.

Archivo, toda la documentación es custodiada por la investigadora.

3.4.1. Interpretación de datos y resultados:

Se realiza la revisión de los datos en forma crítica, cada uno de los instrumentos a utilizar; asimismo el control de calidad. Seguido a ello, se efectuará la codificación de los datos según las variables del estudio, se llevará a cabo la clasificación de los datos.

3.5. Análisis y datos, prueba de hipótesis

Análisis descriptivo. Se analizó de acuerdo a las características de cada una de las variables.

Análisis inferencial. Se considera la prueba estadística de χ^2 de asociación, valor $p \leq 0,05$ e IC 95%.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS

4.1. Procesamientos de datos

Relatos y descripción de la realidad observada y conjunto de argumentos organizados:

Tabla N° 1 Datos demográficos: edad

Categoría	n=42	
	fi	%
Edad materna		
Adolescente temprana (10 a 13 años)	00	00
Adolescente media (14 a 16 años)	07	17
Adolescente tardía (17 a 19 años)	35	83
Total	42	100

Fuente: Instrumento, Ficha de Análisis.

Análisis e Interpretación de la Tabla:

La edad más relevante: adolescente tardía [35 (83%)], seguido de la edad adolescente media [07 (17%)].

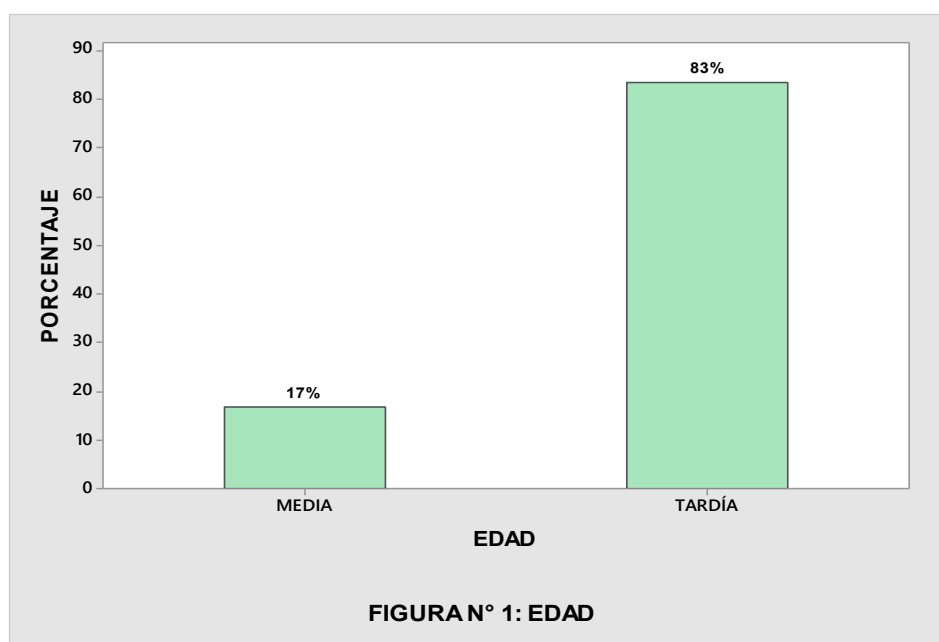


Figura N° 1 Datos demográficos: edad

Tabla N° 2 Datos demográficos: nivel educativo

Categoría	n=42	
	<i>fi</i>	%
Nivel educativo		
Primaria	08	19
Secundaria	29	69
Superior técnica	04	10
Superior universitaria	01	02
Total	42	100

Fuente: Instrumento, Ficha de Análisis.

Análisis e Interpretación de la Tabla:

El nivel educativo con mayor frecuencia, secundaria [29 (69%)], seguido de nivel primaria [08 (19%)].

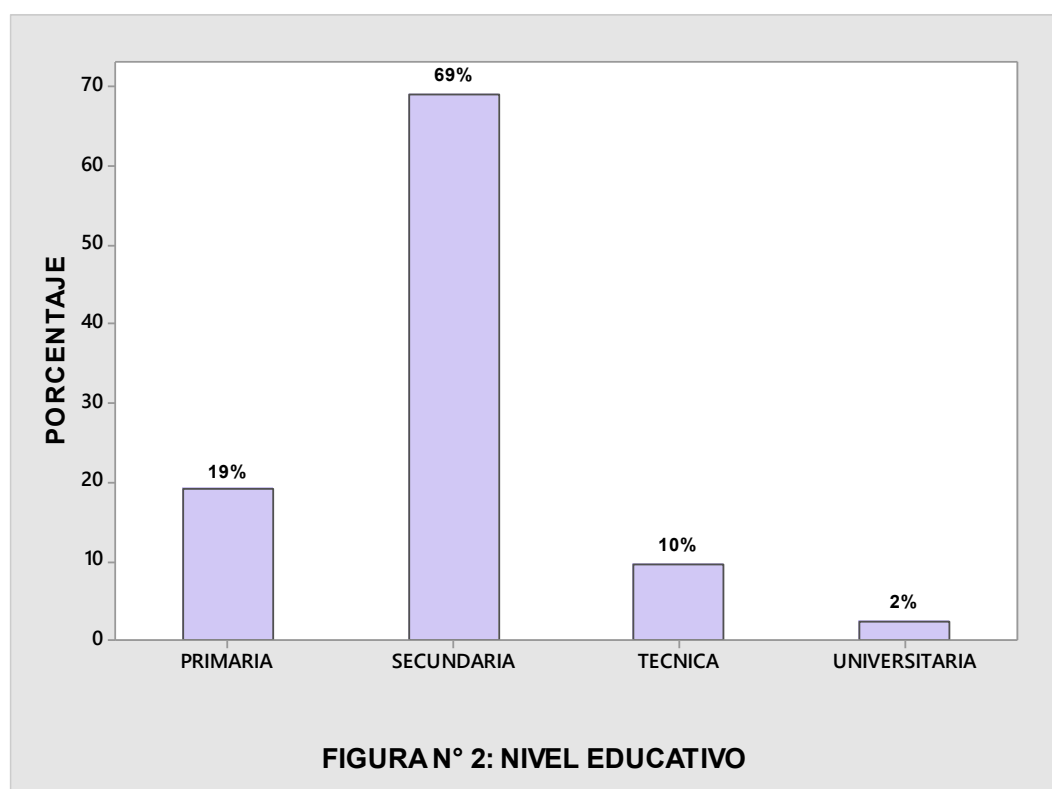


Figura N° 2 Datos demográficos: nivel educativo

Tabla N° 3 Datos demográficos: procedencia

Categoría	n=42	
	<i>fi</i>	%
Procedencia		
Rural	22	52
Urbano	01	02
Urbano marginal	19	45
Total	42	100

Fuente: Instrumento, Ficha de Análisis.

Análisis e Interpretación de la Tabla:

La procedencia con más porcentaje que se aprecia es la rural [22 (52%)], seguido de procedencia urbano marginal [19 (45%)].

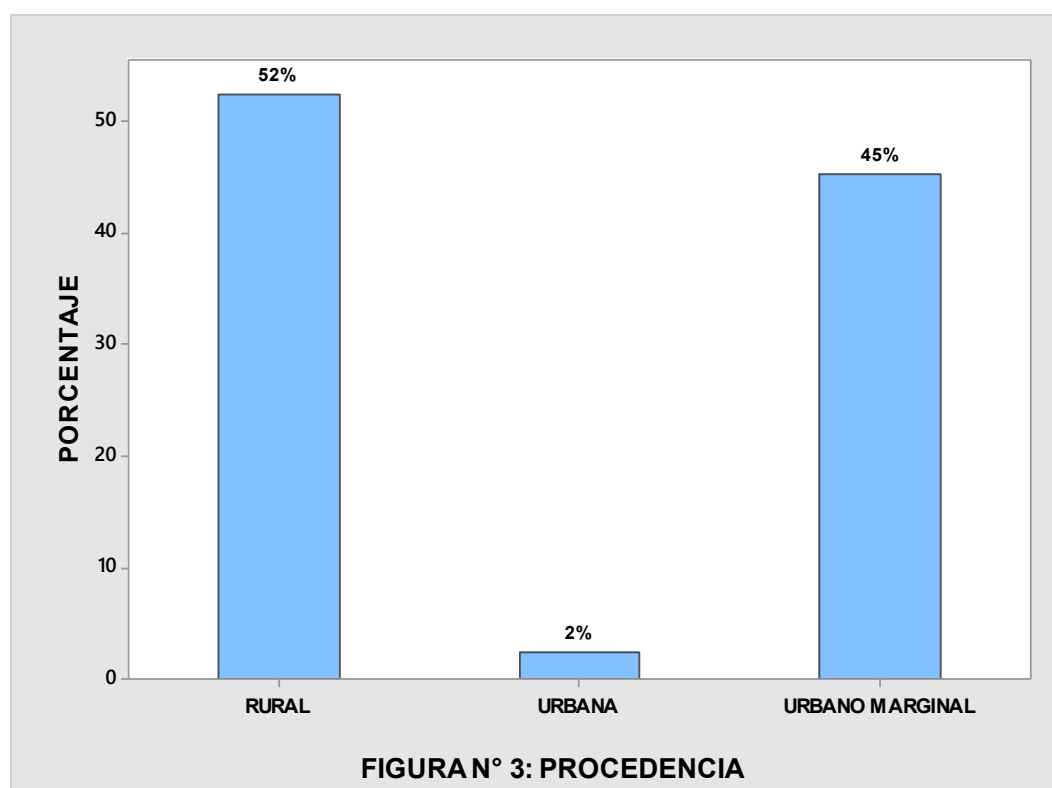


Figura N° 3 Datos demográficos: procedencia

Tabla N° 4 Datos demográficos: estado civil

Categoría	n=42	
	<i>fi</i>	%
Estado civil		
Soltera	17	40
Unión estable	25	60
Total	42	100

Fuente: Instrumento, Ficha de Análisis.

Análisis e Interpretación de la Tabla:

El estado civil unión estable [25 (60%)], seguido de la soltería [17 (40%)].

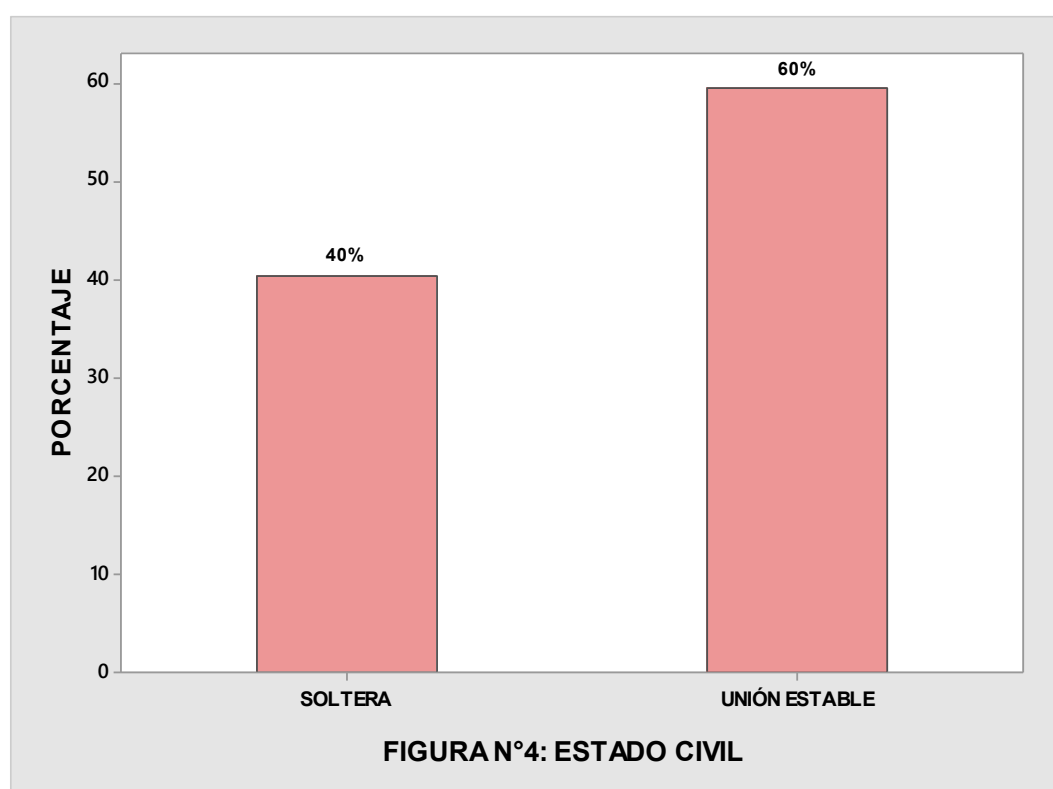


Figura N° 4 Datos demográficos: estado civil

Tabla N° 5 Factores clínicos maternos

Categoría	n=42	
	fi	%
Aborto	03	07
Cesárea anterior	03	07
Edad de riesgo	20	48
Enfermedad hipertensiva del embarazo	01	02
Multigesta	07	17
Obesidad	06	14
Parto pre término	02	05
Total	42	100

Fuente: Instrumento, Ficha de Análisis.

Análisis e Interpretación de la Tabla:

En la tabla N° 5, se observa, los factores clínicos maternos: la edad como factor de riesgo (48%), seguido por el número de embarazos, multigesta (17%) y la categoría obesidad de la gestante (14%).

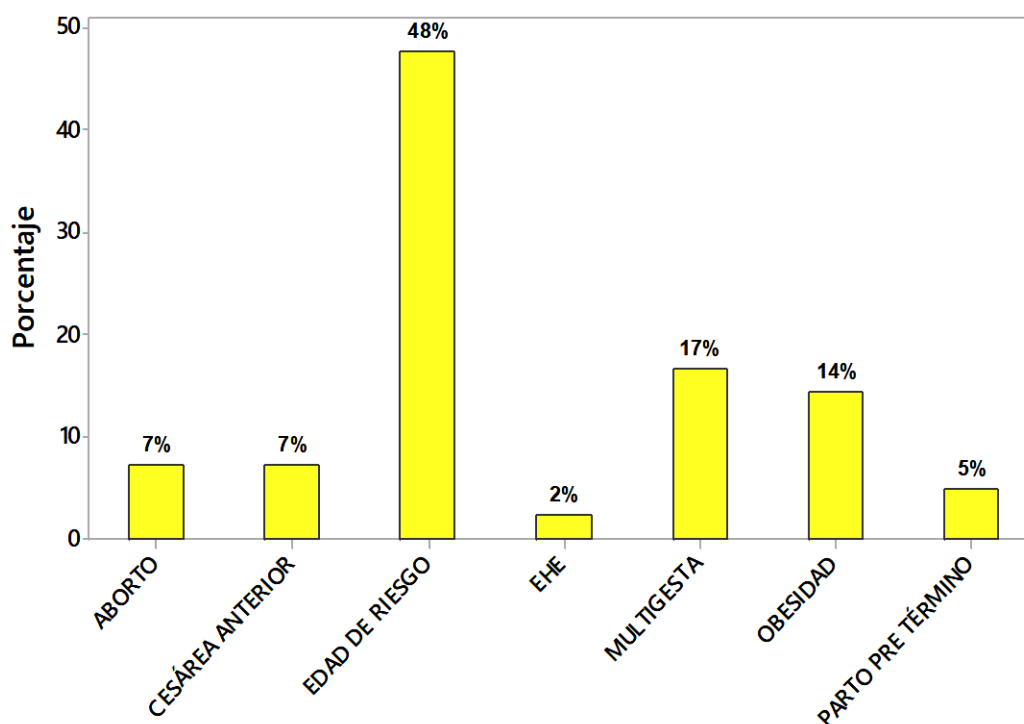


FIGURA N° 5: FACTORES CLÍNICOS MATERNOS

Figura N° 5 Factores clínicos maternos

Tabla N° 6 Factores clínicos ovulares

Categoría	n=42	
	fi	%
Patologías ovulares		
Ruptura Prematura de Membranas	03	08
Corioamnionitis	01	02
Patologías anatómicas: Placenta accreta	01	02
Sin patologías ovulares	37	88
Total	42	100

Fuente: Instrumento, Ficha de Análisis.

Análisis e Interpretación de la Tabla:

En la tabla N° 6, se observa, la presencia de patologías ovulares en la categoría Ruptura Prematura de Membranas (8%), seguida de corioamnionitis (2%) y la no presencia de patología (88%).

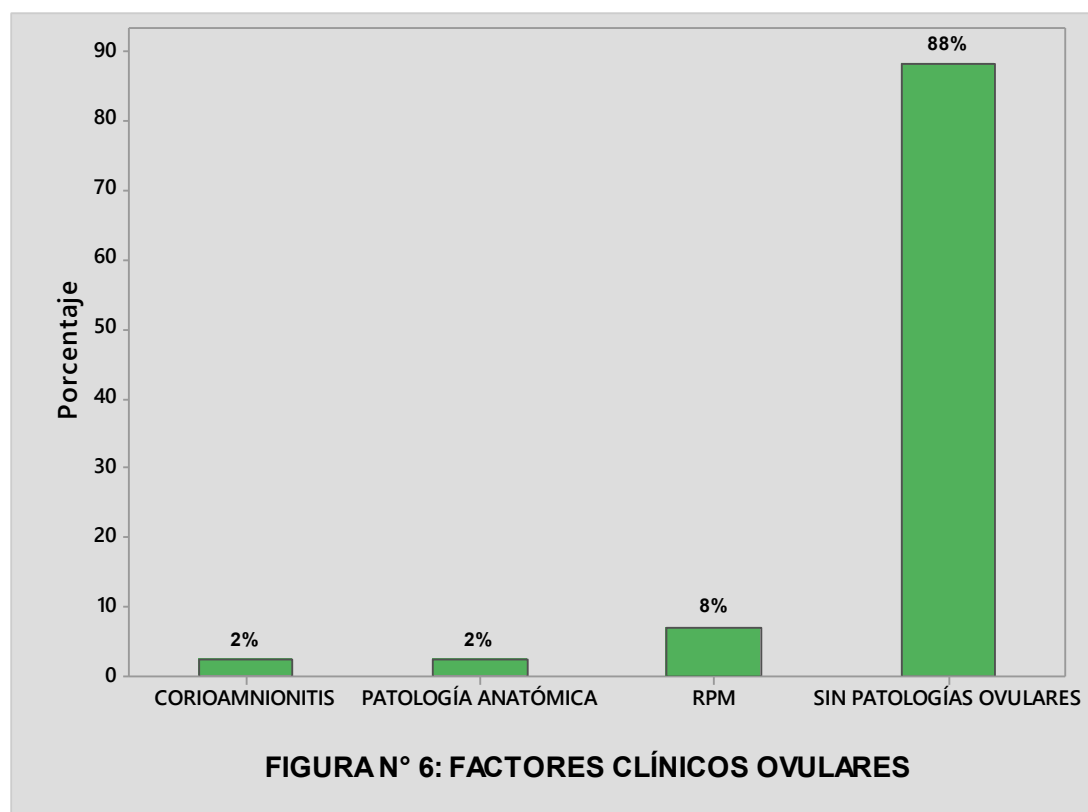


Figura N° 6 Factores clínicos ovulares

Tabla N° 7 Retención placentaria

Categoría	n=42	
	fi	%
Retención de Restos Placentarios		
Restos en la cavidad uterina	35	83
Restos en la cavidad uterina más sangrado	06	15
Retención de toda la placenta (acreta)	01	02
Total	42	100

Fuente: Instrumento, Ficha de Análisis.

Análisis e Interpretación de la Tabla:

En la tabla N° 7, se observa, los restos placentarios en cavidad uterina con un porcentaje muy elevado (83%), seguido de restos en cavidad uterina más sangrado (15%), retención de toda la placenta (acreta) (2%).

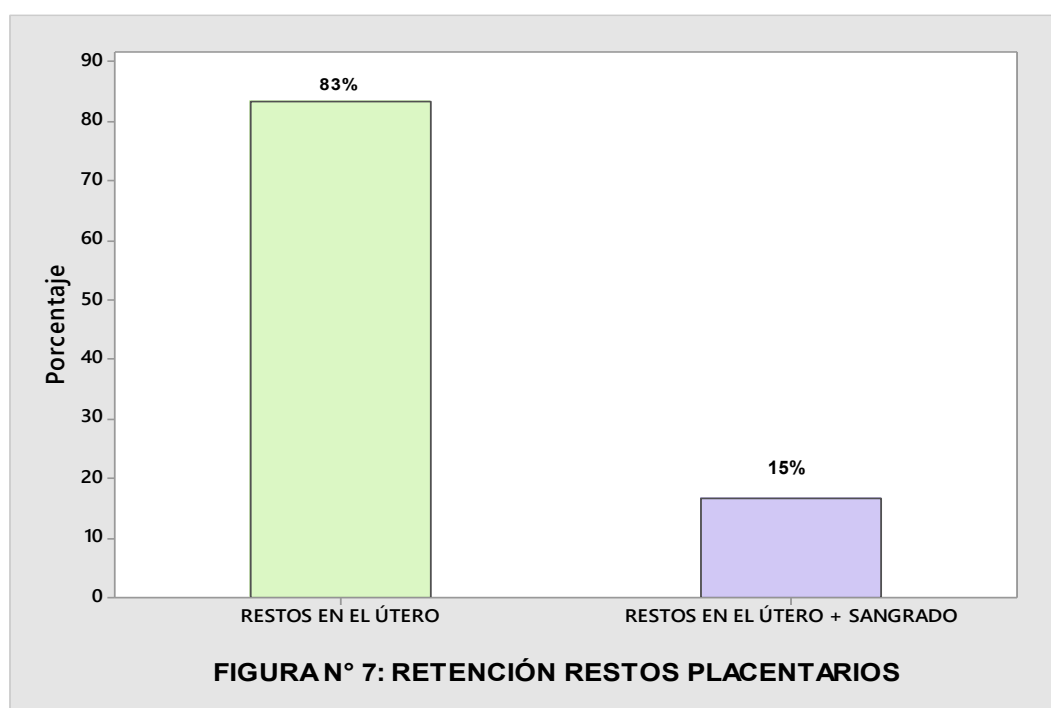


Figura N° 7 Retención placentaria

Tabla N° 8 Estadígrafos:

Categoría	fi	%	Chi²	Gl	p
Factores clínicos maternos:					
Edad de riesgo	20	48	38,09	1	0,000
Multigesta	07	17	35,11	1	0,000
Obesidad	06	14	34,23	1	0,000
		\bar{x}	35,81		
Factores clínicos ovulares:					
RPM	03	08	28,28	1	0,000
Corioamnionitis	01	02	9,99	1	0,000
Patologías anatómicas	01	02	9,99	1	0,000
		\bar{x}	16,08		
* Chi² calculado			25,9		

Chi cuadrado de Asociación = $X^2_c = 25,9 > X^2_T = 3,84$; GL = 1.

Interpretación:

En el presente cuadro, la prueba estadística es $X^2_c = 25,9 > X^2_T = 3,84$; por lo tanto, los factores clínicos maternos y los factores clínicos fetales se relacionan a la retención de restos placentarios.

DISCUSIÓN

Los resultados encontrados con respecto a los datos basales fueron: edad adolescente tardía [35 (83%)], nivel educativo secundaria [29 (69%)], procedencia rural [22 (52%)]. Unión estable encontramos (60%), relacionado a la investigación de Iglesias y Urbina, donde refieren la unión estable con (59%).

En cuanto a los factores clínicos maternos encontramos que la edad de riesgo es 83%, quienes son adolescentes entre 17 y 19 años, estos datos son concordantes con las cifras encontradas por la investigadora Karla Muñoz donde el 41% son adolescentes entre 16 y 17 años.

Zavaleta Valderrama y Scarleth Stany refiere que la frecuencia de multiparidad con retención de placenta alcanzó el 26% como factor asociado; al respecto en nuestra investigación encontramos que esta patología presenta datos similares donde la multigesta alcanza el 17%.

Así mismo, presentamos datos como la edad gestacional en pre término alcanzando el [2 (5%)], antecedente de aborto [3(7%)], antecedente de enfermedad hipertensiva del embarazo [1 (2%)] y cesárea anterior con un [3 (7%)].

Con respecto a la ruptura prematura de membranas encontramos que el 8% estuvo presente en los casos de retención de restos placentarios, datos coincidentes con Alejandra Lazo María Franco donde manifiestan que la RPM está tres veces asociada a la retención de placenta y/o membranas ovulares.

Las investigadoras Delmira Alfonsina, Espinoza Meza; Silvia Marisol, Izarra Rosales; presentan como resultados de su investigación el 40% de puérperas inmediatas con hemorragia postparto, las causas fueron los factores postparto; asemejándose a nuestros resultados que fueron 35 casos y ellos reportan 42 pacientes con retención de restos placentarios en el post parto.

CONCLUSIONES

Concluimos con lo siguiente:

PRIMERO.- Los procesos de caracterización para la categoría edad fueron: Adolescentes tardías, comprendidas entre 17 a 19 años, procedente de la zona rural, con secundaria completa, y unión estable.

SEGUNDO.- Los factores clínicos maternos identificados fueron: Edad de riesgo, ser multigesta presentar obesidad y estos están asociados a la retención de restos placentarios, demostrados mediante la prueba estadística de $\chi^2_c = 35,81$ aceptando la sub hipótesis₁ de investigación.

TERCERO.- Los factores clínicos ovulares identificados fueron: Ruptura prematura de membranas con mayor porcentaje, corioamnionitis, patologías anatómicas, todos asociados a la retención de restos placentarios, demostrados mediante la prueba estadística de $\chi^2_c = 16,08$ aceptando la sub hipótesis₂ de investigación.

CUARTO.- Se clasificaron las patologías placentarias en: Retención de restos placentarios en cavidad uterina, la cual fue mayoritaria, y retención más sangrado vaginal en menor porcentaje, un caso de retención placentaria completa que fue acretismo placentario.

Concluyendo que: Los factores clínicos se relacionan con la retención de placenta, demostrada mediante la prueba de hipótesis $\chi^2_c = 25,9$ motivo por el cual se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación.

RECOMENDACIONES

A los Directivos y Jefes del Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari:

PRIMERO: El trabajo de promoción para un embarazo sin riesgos y parto sin complicaciones debe estar orientado al grupo etario de la adolescencia tardía, procedente de la zona rural, secundaria completa, unión estable.

SEGUNDO: En los factores clínicos maternos, mayor interés en clasificar como riesgo obstétrico a las multigestas, con edad adolescente tardía y obesidad.

TERCERO: Los casos de Ruptura Prematura de Membranas, Corioamnionitis y Patología Anatómica: Placenta acreta, tratarlos de acuerdo a la norma técnica del MINSA.

CUARTO: A los profesionales de periferia, tener en cuenta que la retención de restos placentarios en cavidad uterina necesariamente requiere tratamiento especializado y por ello transferir de inmediato a un FONE.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Paris E. Un libro para parteras: Nace la placenta. España. 2013; pp. 2-24.
2. Paris E. Ibíd., pp. 18.
3. Vera E, Lattus J, Bermúdez y et al. Placenta percreta con invasión vesical: reporte de casos. Rev. chil. obstet. ginecol. v.70 n.6 Santiago 2013; pp. 18-19.3
4. Janampa H. Universidad José Carlos Mariátegui: Tesis de la Segunda Especialidad en Emergencias Obstétricas, Alto Riesgo y Cuidados Críticos Maternos. Hemorragia post parto retención placentaria 2017. Perú, Moquegua. 2017; pp. 14.
5. Dirección Ejecutiva de Epidemiología DIRESA – Huánuco - 2016. Huánuco: Ministerio de Salud del Perú. Boletín Epidemiológico SE 52. 206; pp.9.
6. Alarcon A. Complicaciones obstétricas del parto en adolescentes primigestas del Hospital Verdi Cevallos Balda. Ecuador, Guayaquil; 2016.
7. Iglesias J, Urbina D. Factores de riesgos asociados a hemorragia postparto, en las mujeres que fueron atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia, en el Hospital Matagalpa. Nicaragua. 2014; pp. 7.
8. Dubón M. Calidad de atención médica (un caso de retención de restos placentarios). México. Rev. CONAMED 2013; 16(4):204-208
9. Dueñas O, Rico H y Rodríguez M. Actualidad en el diagnóstico y manejo del acretismo placentario. Rev. chil obstet ginecol 2013; 72(4): 266-271.
10. Muñoz K. Incidencia de las complicaciones de la hemorragia postparto en mujeres adolescentes a realizarse en la maternidad Matilde Hidalgo de Procel. Ecuador. 2013; pp.55.

11. Zavaleta S. Multiparidad como factor de riesgo asociado a retención placentaria en gestantes del Hospital Belén. Perú, Trujillo. 2018; pp. 7.
12. Lazo A, Franco M. Factores de riesgo asociados a la retención de placenta y/o membranas ovulares en partos a término, Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, Enero a Diciembre del 2015. Arequipa; Universidad Católica de Santa María. 2015; pp. 4.
13. Benites E. Retención placentaria como causa de hemorragia postparto en el Hospital de Vitarte- caso clínico. Ica: Universidad Privada de Ica. 2016; pp.5.
14. Bendezú M. y et al., Características y riesgos de gestantes Adolescentes. Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, EsSalud. Perú, Ica - 2015; pp. 1- 4.
15. Calle N, Bartra W. Revisión manual de cavidad uterina como prevención de complicaciones puerperales en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha. Ucayali; 2010.
16. Pollo M, Factores de riesgo asociados a complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio en pacientes del Hospital Regional Hermilio Valdizan. Perú, Huánuco. 2018; pp. 7-64.
17. Espinoza D, Izarra S. Factores de riesgo de la hemorragia postparto en púerperas inmediatas del Hospital "Carlos Showing Ferrari. Perú, Huánuco; 2017.
18. Ramon J, Factores de riesgo que conllevan a presentar hemorragia postparto de las pacientes atendidas en el Hospital Hermilio Valdizan. Perú, Huánuco. 2017; pp.7 – 42.
19. Cuestas H, Espinoza H, Valer N. Cesárea previa, legrado uterino y paridad como factores relacionados a la retención de restos placentarios en el puerperio inmediato, atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano. Huánuco. 2012; pp. 2-52.

20. Diccionario de términos médicos. España: panamericana. Madrid: Real Academia Nacional de Medicina; pp. 112.
21. Hafner. Maternidad. Rev. Am J. 2003; 885.
22. Gonzales G. Contribuciones peruanas al estudio sobre la reproducción humana a gran altura altitud: desde las crónicas de la conquista española hasta el presente. Rev. Respiratorio, Fisiología y Neurobiología. 2007; 158 (2-3): p. 172-175.
23. Gonzales G. *Ibíd.*, pp. 176-178.
24. Hafner. Maternidad. *Op. Cit.*, 887.
25. Fernández C, Gómez H, Ferrarotti F y et al., Guía y recomendaciones para el manejo de la Hipertensión Arterial. Rev. Instituto de Investigaciones Cardiológicas Facultad de Medicina - U.B.A. Argentina. 2016; pp.6.
26. Lazo A, Franco M. Factores de riesgo asociados a la retención de placenta y/o membranas ovulares en partos a término, Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, Enero a Diciembre del 2015. Arequipa: Universidad Católica de Santa María. 2015; pp. 5.
27. Hospital de Honduras: Servicio de Ginecología y Obstetricia. Rev. Scielo Honduras. 2014; 7- 8.
28. Hospital de Honduras. *Ibíd.*, pp. 9-10.
29. Bajo J, et al. Fundamentos de Obstetricia (SEGO). Madrid: Editorial Gráficas Marte. España. 2007; pp. 360.
30. Schwarcz R, Duvergues G, Díaz T. Obstetricia: El Ateneo. Argentina. 1994; pp. 438.
31. Bajo J, et al. *Op Cit.* pp. 382.
32. Bajo J, et al. *Ibíd.* pp. 383.

33. Real Academia Nacional de Medicina. *Op. Cit.*, 113.
34. Sharon, J. Herring, A. Oken, Emily. Ruptura prematura de membranas ovulares. *Rev. Am J.* 2003; 889.
35. Mori R, Nardin J, Yamamoto N, et al. Vena umbilical inyección para el manejo rutinario de la tercera etapa del trabajo de parto. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; 3: CD006176.
36. Canchila C, Laguna H, Paternina A, et al. Prevención de la hemorragia post parto. Colombia: Universidad de Cartagena; 2009.
37. Cunningham. Leveno. *Obstetricia Williams: Bloom.Hauth.Ros.Spong* 23° ed. 2011; pp. 646, 759,760.
38. Calle A, Barrera M, Guerrero A. Diagnóstico y manejo de la hemorragia postparto. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia.* 2008; 54(233-243).
39. Dueñas G, Rico O, Rodríguez E. *Rev. Chil ObstGinecol*2007;72 (4) 267.
40. Dueñas G, Rico O, Rodríguez E. *Ibíd.*, pp. 268.
41. Pazan F. Factores de riesgo de patologías puerperales. Hospital José María Ibarra. Ecuador. 2010; pp. 8-9.
42. Supo J. Seminarios de Investigación Científica. Sinopsis del libro 2014. Perú, Arequipa. 2014; pp. 5 – 14.
43. Supo. *Ibíd.*, pp. 3-4.
44. Manual de procedimientos de la oficina de protección de seres humanos sujetos a investigación. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2002; pp. 18-22.

ANEXOS

Apéndice y Anexos

INSTRUMENTO FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Código:.....

Fecha: ____ / ____ / ____

Título: FACTORES CLÍNICOS RELACIONADOS A LA RETENCIÓN PLACENTARIA EN PARTURIENTAS ADOLESCENTES. HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI AMARILIS – HUÁNUCO, AÑO 2017.

Objetivo: Determinar la relación de los factores clínicos y la retención placentaria en parturientas adolescentes.

I. Datos demográficos:

1. Edad Adolescente según OMS:
 - a. Temprana
 - b. Media
 - c. Tardía
2. Nivel educativo:
 - a. Primaria
 - b. Secundaria
 - c. Técnico
 - d. Universitaria
3. Nivel socioeconómico:
 - a. Lugar de procedencia
 - i. Urbana
 - ii. Rural
 - iii. Urbano marginal
 - b. Estado civil
 - i. Soltero (a)
 - ii. Casado (a)
 - iii. Unión estable

II. Factores Clínicos Maternos:

- | | | |
|----------------------------|------------------------------|----------------------|
| 1. Gesta: | a. Primigesta | b. Multigesta |
| 2. Edad gestacional | a. Término | b. Pretérmino |
| 3. Ant. Aborto Incompleto: | a. Si: Legrado Uterino/ AMEU | b. No |
| 4. HIE | a. Pre Eclampsia | b. Eclampsia |
| 5. Cesárea Anterior | a. No | b. Si ¿Cuántos?..... |
| 6. Peso:..... | | |

III. Factores Clínicos Ovulares:

- | | | |
|------------------------|-----------|---|
| 1. RPM | a. Precoz | b. Tardía |
| 2. Coriamnionitis | a. No | b. Si ¿recibió tto?..... |
| 3. Patología anatómica | a. No | b. Si ¿Cuáles?
- Acreta
- Increta
- Percreta |

IV. Retención de Restos Placentarios:

- | | | |
|-------------------------------|------------------|----------------------------|
| 1. Sangrado | a. No | b. Si ¿Cuánto?..... |
| 2. Cuello uterino | a. Abierto | b. Cerrado ¿Orificios? |
| 3. Presencia de restos | a. Canal vaginal | b. Cuello uterino c. Útero |
| 4. Se realizó legrado uterino | a. Si | b. No |

V. Retención Placentaria:

- | | | |
|-------------------------------|------------------|-----------------------------|
| 1. Sangrado | a. No | b. Si ¿Cuánto?..... |
| 2. Cuello uterino | a. Abierto | b. Cerrado ¿Orificios?..... |
| 3. Presencia de placenta | a. canal vaginal | b. Cuello uterino c. útero |
| 4. Alumbramiento manual | a. Si | b. No |
| 5. Tipo de Intervención final | a. No | b. Si ¿patología?..... |

Observaciones:.....

MATRIZ DE CONSISTENCIA

FACTORES CLÍNICOS RELACIONADOS A LA RETENCIÓN PLACENTARIA EN PARTURIENTAS ADOLESCENTES. HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI AMARILIS – HUÁNUCO, AÑO 2017.					
PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO	METODOLOGÍA
Problema General: ¿Cuáles son los factores clínicos relacionados a la retención placentaria en parturientas adolescentes Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Amarilis – Huánuco, año 2017?	Objetivo General: Determinar la relación entre los factores clínicos y la retención placentaria parturientas adolescentes. Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Amarilis – Huánuco, año 2017.	Hipótesis Investigación: Existe relación entre los factores clínicos y la retención placentaria parturientas adolescentes. Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Amarilis – Huánuco, año 2017.	Variable Independiente: Factores Clínicos	Tipo de estudio: Retrospectivo y Transversal Nivel de estudio: Correlacional Enfoque de investigación: Deductivo: Porque ira de lo general a lo particular.	Muestra: Está constituido por 42 parturientas adolescentes Tipo de muestreo: Probabilístico, aleatorio simple Técnicas: Análisis documental porque centraremos la atención en producción documental que se genera diariamente y, conocer su existencia Instrumentos: Ficha de recolección de datos porque será un medio para describir los hechos que están tras los datos Estadístico de prueba: Chi ² de Asociación para variables cualitativas
	Objetivos Específicos: Caracterizar los datos demográficos de la gestante en proceso del parto. Identificar los factores clínicos maternos de las pacientes adolescentes con retención placentaria. Identificar los factores clínicos ovulares de las pacientes adolescentes con retención placentaria. Clasificar la retención placentaria presentada en los casos.	Hipótesis Nula: No existe relación entre los factores clínicos y la retención placentaria en parturientas adolescentes. Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Amarilis – Huánuco, año 2017.	Variable Dependiente: Retención Placentaria	Diseño: Observacional Descriptivo de dos variables	